Landesapothekerkammer Hessen KdöR
Geschäftsbereich Pharmazie
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt am Main

PRÜFUNGSORT
Schriftl. Teil:
Prakt. Teil:

Bitte jeweiligen Ort eintragen

ANMELDUNG ZUR ABSCHLUSSPRÜFUNG FÜR PKA

Sommer 20____ **Winter 20____**

Bitte Zutreffendes angeben

AUSZUBILDENDER

Name, Vorname _____

Geburtsname _____

Privatanschrift _____

_____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

AUSBILDUNGSBETRIEB

Apotheke _____

Name der/des Ausbildenden _____

Anschrift _____

_____

BERUFSSCHULORT

Name, Ort _____

AUSBILDUNGSZEIT

lt. Berufsausbildungs-
vertrag (von, bis) _____

…/2

Gemäß § 10 Abs. 4 a der Prüfungsordnung sind folgende Unterlagen beigefügt:

(1) Bescheinigung über die Teilnahme an der Zwischenprüfung **(Kopie)**
(2) Berichtsheft als Ausbildungsnachweis
(3) Letztes Zeugnis der Berufsschule **(Kopie)**
(4) Tabellarischer Lebenslauf des Auszubildenden
(5) Bescheinigung über die Teilnahme an der Erste-Hilfe-Ausbildung **(Kopie)**.
(Vermittlung lebensrettender und einfacher Erste-Hilfe-Maßnahmen sowie grundsätzlicher Handlungsstrategien nach den Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege)

Wir bitten Sie, die Unterlagen einschließlich des Berichtsheftes in einem Schnellhefter (kein Ordner) einzureichen.

Die Abschlussprüfung ist gebührenpflichtig. Die Gebühr beträgt **€ 35,00** gemäß Kostenverzeichnis zur Kostensatzung der Landesapothekerkammer Hessen.

Nach erfolgter Anmeldung erhält der Ausbilder die Anmeldebestätigung und den Gebührenbescheid in einem gesonderten Schreiben.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift der/des Auszubildenden

_____ _____
Ort, Datum Stempel und Unterschrift der/des Ausbildenden

Die Mitteilung der Ergebnisse der Abschlussprüfung an den Ausbilder wird beantragt.

_____ _____
Ort, Datum Stempel und Unterschrift der/des Ausbildenden

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz – und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).